Łódź, dnia ..................................................

..............................................................

*nazwisko i imię studenta*

*..............................................................*

*rok studiów*

..............................................................

*kierunek studiów*

*...........................................................*

*nr albumu*

..............................................................

*telefon*

..............................................................

*e-mail*

**Szanowna Pani**

**dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak**

**Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

**Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na udzielenie mi urlopu od zajęć dydaktycznych spowodowanych chorobą

w semestrze …….…………w roku akademickim ………………………..

................................................... *podpis studenta*

*Załączniki:*

*1. ……………………………………………*

2. ...........................................................

*Na podstawie § 55 ust.1 pkt 1, ust. 2-5, § 56 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 187/2018 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 24 kwietnia 2018r.* ***wyrażam******zgodę/ nie wyrażam zgody*** *) na urlop od zajęć dydaktycznych spowodowany chorobą w semestrze………..….. w roku akademickim ………………………………..*

*Data........................................... Podpis Prodziekana .............................................*